

طلب للحصول على

# منافع كوبونات طعام



توفير المساعدة الغذائية  
لكافة الأعمار

اتبع هذه الخطوات البسيطة للتقدّم بطلب للحصول على منافع كوبونات طعام.  
**ملاحظة:** إذا كنت معوق أو تحتاج للمساعدة في تكميله هذا الطلب، رجاء إعلام أحد العاملين لكي يقوم شخص بمساعدتك.

**الخطوة 1:** قم بتكميل البيانات المطلوبة في هذا الطلب بقدر ما يمكنك الإجابة عليه ووقع على الصفحة 1 ومن ثم أعد الطلب لمكتب كوبونات الطعام المحلي. نحتاج على الأقل إلى اسمك وعنوانك وتوقيعك. **إذا كنت لا تملك أي مال للحصول على الطعام** قد يمكنك الحصول على منافع كوبونات طعام طارئة خلال ثلاثة (3) أيام فقط. **عليك الإجابة على كافة الأسئلة المؤشر عليها (٧) في كافة الصفحات.**

**الخطوة 2:** سيتم تحديد موعد لإجراء مقابلة معك من قبل موظف كوبونات الطعام الذي سيراجع معك نموذج الطلب وسيسألوك المزيد من الأسئلة لتكميل إجراءات الطلب.

**الخطوة 3:** عليك أن تحضر معك للمقابلة إثباتات لهوبيتك ودخلك. عليك أيضاً تحضير مواد أخرى مثل إيصال الإيجار وفاتورة الكهرباء والماء أو أرومة شيك المعاش. إذا لم تحضر الاجتماع وتتوفر إثباتات بالنفقات، لن يتم تخفيض هذه النفقات من دخلك.

## معلومات هامة للمهاجرين

يمكنك التقدّم بطلب للحصول على منافع كوبونات الطعام لأعضاء أسرتك المؤهلين حتى إذا اشتغلت أسرتك على أعضاء آخرين غير مؤهلين بسبب وضع هجرتهم. مثلاً، يحق لأولياء الأمور المهاجرين التقدّم بطلب الحصول على كوبونات طعام لأولادهم الذين يحملون الجنسية الأمريكية أو المؤهلين كمهاجرين حتى إذا كان أولياء أمرهم غير مؤهلين للحصول على المنافع.

أنت غير ملزم بتزويد معلومات عن وضع الهجرة أو أرقام الضمان الاجتماعي أو وثائق عن أي عضو من أعضاء الأسرة غير المؤهل للحصول على منافع كوبونات طعام بسبب وضع هجرته والذي لا يطلب الحصول على منافع كوبونات طعام.

استعمال كوبونات الطعام لن يؤثر على وضع هجرتك أو وضع هجرة أفراد أسرتك. يحتفظ بخصوصية وسرية معلومات الهجرة.

## معلومات مفيدة

رجاء قراءة المعلومات التالية. لا يوجد أي بيانات يجب تكميلها على هذه الصفحة.

### ماذا يعني عندما تقول

لمساعدتك في فهم بعض الكلمات المستعملة في الطلب والمقابلة، يرجى الرجوع لشرح المصطلحات أدناه.

**الدخل** - المبالغ المقبوسة أو المتوقعة قبضها هذا الشهر مثل:

- أرباح، إعاش، مساندة طفل، دخل تكميلي (SSI)، أو ضمان اجتماعي أو دفعات محاربين قدما.
- دفعات تعويضات أو تقاعد
- دفعات بطاقة (UIB) أو إعاقة من الولاية (SDI) أو غيرها من دفعات الإعاقة.
- دفعات من صندوق النقابة بسبب الإضراب، أو من أشخاص مستأجرين غرفة في المنزل أو منح دراسية أو قروض هدايا تقديرية، أو أرباح تقديرية، أو أي دفعة تقديرية أخرى

**مساعدات تقديرية** - برنامج فرض العمل والمسئولة تجاه الأطفال في ولاية كاليفورنيا (CalWORKs)، مساعدة اللاجئين، أو برنامج الإعانة التقديرية في الكاونتي التي تقيم فيها [المساعدة العامة أو الإغاثة العامة (GA/GR)، أو برنامج الإعانة التقديرية للمهاجرين (CAPI)].

**أنت، أي شخص، كافة الأشخاص** - أي وكافة الأشخاص الذين يسكنون في منزلك والذين يتقدمون بطلب للحصول على منافع كوبونات الطعام. عندما تحتاج إلى معلومات عن الأشخاص الآخرين المقيمين في منزلك سوف نطلب منك ذلك.

**أسرتك أو عائلتك** - الأشخاص الساكنون في منزلك الذين يقومون بشراء وتحضير الأطعمة معاً والمتقدمن بطلب للحصول على منافع كوبونات طعام.

**منافع كوبونات طعام** - منافع للأسر ذات الدخل المحدود لمساعدتها في شراء الطعام.

**خدمات كوبونات الطعام المعجلة** - منافع كوبونات الطعام المتوفرة لك خلال ثلاثة (3) أيام.

**موارد** - المبالغ المتوفرة لديك مثل:

- النقد في المتداول، الشيكات غير المصروفة، المبالغ الموجودة في حسابات جارية أو حسابات الأدخار أو شهادات الأدخار، الخ.
  - سندات ائتمان، سندات مستحقة القبض، أسمهم أو سندات دين، الخ.
- منافع عامة، غاز، كهرباء، تدفئة، وقود، هاتف (الرسم الأساسي)، تركيب منافع، جمع النفايات، ماء، مجاري مياه، الخ.

### الشكاوى وجلسات السماع التي تعقدتها الولاية

### أشياء أخرى يجب أن تعرفها

إذا كانت لديك شكوى، حاول حلها مع الكاونتي. إذا لم تتمكن من حلها، يمكنك الاتصال أو الكتابة إلى:

California Department of Social Services

Sacramento, CA 95814

رقم الهاتف: 1-800-952-5253

أو لغير القادرين على السمع أو اللفظ، اتصل بالرقم 1-800-952-8349

إذا اعتقدت بأن القرار المتتخذ من قبل الكاونتي هو إجراء خاطئ، يمكنك أن تطلب من مكتب الإعاقة التابع للكاونتي التي تقيم فيها عقد جلسة سماع من قبل الولاية أو عن طريق الاتصال بالأرقام المدرجة أعلاه. عليك طلب عقد جلسة السماع خلال تسعين (90) يوماً من الإجراء وأن توضح سبب طلبك لعقد الجلسة. ينص القانون على معاملة المتقدمين بطلب الحصول على الإعانات أو الخدمات أو العاملين عليها بعد وبدون إعطاء أي اعتبار للعرق أو اللون أو الموطن الأصلي أو الائتماء السياسي أو الوضع العائلي أو الجنس أو السن أو الإعاقة.

إذا اعتقدت بأنه تم التحيز ضدك، يمكنك تقديم بشكوى عن طريق:

1- الاتصال بمنسق الحقوق المدنية التابع للكاونتي التي تقيم فيها، أو 2- بالكتابة للعنوان التالي:

The state's Civil Rights Bureau, M.S. 8-16-70, P.O. Box 944243, Sacramento, CA 94244-2430

1-866-741-6241 (رقم مجاني)

3- للحصول على منافع كوبونات الطعام، بالكتابة إلى:

Secretary of Agriculture  
U.S. Department of Agriculture  
14th & Independence Avenue, S.W.  
Room 200A  
Administration Building  
Washington, D.C. 20250

قد تتساءل لماذا نسألك بعض الأسئلة. كافة الأسئلة مطلوبة بموجب القوانين الفدرالية/الولاية لتحديد أهليةك لمنافع كوبونات الطعام.

يمكنك التقدم بطلب الحصول على كوبونات الطعام والإعانات المالية في ذات الوقت والحضور لمقابلة واحدة للحصول على كلها، إلا إذا تقدمت بطلب مساعدة عامة/إعاشة عام (GA/GR) بشكل إعالة تقديرية.

في حالة فقدان كوبونات الطعام أو وثيقة التقسيط (AD) أو بطاقات الصرف الخاصة بك في البريد، عليك الإبلاغ عن ذلك قبل نهاية الشهر الذي كان من المفترض أن تحصل عليهما. أما إذا تم سرقةها أو إتلافها، عليك أن تبلغ عن ذلك خلال عشرة (10) أيام من الحادثة.

إذا حصلت على منافع عديدة من كوبونات الطعام سيترتب عليك ردها وإلا قد يتم تخفيض منافعك أو إيقافها. قد يستخدم رقم ضمانك الاجتماعي (SSN) لتحصيل قيمة المنافع المستحقة عليك عن طريق المحاكم وغيرها من وكالات التحصيل وإجراءات التحصيل من قبل الحكومة الفدرالية.

سوف يستخدم رقم ضمانك الاجتماعي (SSN) للتحقق من هوبيتك ولمنع تكرر المساعدة والتحقق من الأهلية والمنافع. سيستخدم رقمك للضمان الاجتماعي (SSN) في قاعدة بيانات كمبيوترية للتحقق من دخلك ومواربك بمقارنتها مع سجلات الضرائب والإعاشة والاستخدام لدى إدارة الضمان الاجتماعي وغيرها من الوكالات. قد يتم التتحقق من الاختلافات مدعى ومع أصحاب العمل والمصارف وغيرها. الفشل للمساهمة في برنامج كوبونات الطعام قد يؤدي إلى مقاضاتك في محكمة جنائية أو مدنية أو عن طريق دعوى إدارية.

تزويد رقم ضمانك الاجتماعي (SSN) غير مطلوب عند تقديمك الطلب لأول مرة. إنما، سوف يطلب منك تزويدنا بالمعلومات لتحديد أهليةك ومنافعك للأعضاء الآخرين في أسرتك. يتطلب منك عادة تزويدنا برقم/أرقام الضمان الاجتماعي (SSN) أو إثبات بطلب حصولك على رقم ضمان اجتماعي قبل منحك أي منافع. يحق لنا رفض تقديم المنافع لك ولأي شخص من أفراد عائلتك بسبب عدم تزويد رقم الضمان الاجتماعي (SSN).

# طلب الحصول على كوبونات الطعام

## معلومات الطلب

1- رجاء تكملة المعلومات الشخصية التالية للشخص الطالب ل��وبونات الطعام.

الاسم (عائلة، أول، وسط)
رقم الهاتف (مع شمل مفتاح المنطقة)
عنوان المسكن (رقم الشارع، ص، بريد، شقة)
الرمز البريدي للمدينة والولاية
العنوان البريدي (إذا اختلف عن العنوان أعلاه)
الرمز البريدي للمدينة والولاية

2- يستطيع مكتب كوبونات الطعام تزويد مترجم بدون تحميلك أي تكلفة. هل ترغب بوجود مترجم خلال مقابلتك؟  نعم  لا إذا كان الجواب «نعم»، بأي لغة؟

3- لمساعدتنا في تحسين خدماتنا لك، رجاء تكملة القسمين A و B و C أدناه. أشر على كل ما ينطبق عليك. يتطلب مننا القانون تجنب مجموعتك العرقية وعدوك ولغتك. إذا لم تقم بتكميلة هذه المواد، ستقوم الكاونتي بتكميلتها عنك. لن يؤثر هذا على أهليتك.

A. العرق (على الجميع الإجابة على B أيضا) \_\_\_\_\_  
B. المجموعة العرقية - أشر في كافة المربعات التي تتطابق عليك. إذا لم تقم بتكميلة هذه المواد، ستقوم الكاونتي بتكميلتها عنك. لن يؤثر هذا على أهليتك.

هنود أميركا أو إسكيمو الأصليين  
 أسود أو أفريقي أمريكي

آسيوي (في حالة التأشير، رجاء اختيار واحد أو أكثر من التالي)

كوري  صيني  ياباني  
 فلبيني  هندي آسيوي  لاوي  آسيوي آخر  
 فيتنامي

هوایي أصلي أو غيرهم من سكان الجزر الباسفكتية (في حالة التأشير، رجاء اختيار واحد أو أكثر من التالي)  
 هوايي أصلي  غوامي  غير ذلك (حدد)  أبيض

C. اللغة الرئيسية:

إنجليزي  
 صينية (كانتونيزية)  كمبودية  إسباني  
 غير ذلك (حدد)  روسية  فيتنامية

4✓- أحد أفراد الأسرة هو/هي: (أشر على أكثر من خيار واحد إذا طبق)

مشرد  
 مسن (60 أو أكبر)

نازح/يعمل بالزراعة خلال فصول معينة  
 هل توقف دخلك الوحيد؟  نعم  لا

5- هل تعاني من وضع جسمي أو عقلي يتطلب المساعدة الخاصة خلال مقابلتك مع موظف كوبونات الطعام؟  نعم  لا

6✓- ما هي دفعة الإيجار أو القرض العقاري لهذا الشهر؟  دولار

7✓- ما هي دفعة المنافع العامة (مثل كهرباء، ماء، غاز) لهذا الشهر إذا لم تكن مشمولة في دفع الإيجار أو القرض العقاري؟  دولار

لقد تم إعلامي عن إمكانية الحصول على كوبونات طعام طارئة خلال ثلاثة (3) أيام.

التاريخ

التوقيع

لاستعمال الكاونتي فقط:

Case Name \_\_\_\_\_ Case # \_\_\_\_\_

Application Type:  New  Recert Date received by County \_\_\_\_\_

Screened for Expedited Service (ES)?  Yes  No ES Eligible  Yes  No

# طلب الحصول على كوبونات الطعام

## معلومات عن الأسرة

8- قم بتمكيل البيانات التالية لكل فرد مقيم في منزلك، بما فيه أنت. سوف تستخدم الكاونتي هذه المعلومات لتحديد الأهلية فقط.

الاسم (عائمة، أول، وسط)	رقم الضمان الاجتماعي (إذا لم يتتوفر، أكتب لا يوجد)	العلاقة (مثلا، ابن، زوجة، صديق، طفل، تنفسه، الخ)	اسم دائرة خيار واحد	تاريخ الميلاد	هل تشتري وتحضر طعامك مع هذا الشخص؟ (ارسم دائرة حول خيار واحد)
-1					نعم / لا
-2					نعم / لا
-3					نعم / لا
-4					نعم / لا
-5					نعم / لا
-6					نعم / لا
-7					نعم / لا
-8					نعم / لا
-9					نعم / لا
-10					نعم / لا

## الدخل والوظيفة

✓ 9- هل لديك أو ستسسلم أي دخل هذا الشهر؟  
يرجى سرد دخل كافة أفراد أسرتك أدناه:

اسم الشخص الذي يحصل على مبلغ مالي	ما هو المبلغ الذي يحصل عليه كل شهر؟
	دولار
	دولار
	دولار
	دولار

## الموارد

✓ 10- كم من المال تملك حاليا؟ يشمل هذا المبالغ المودعة في حسابات مصرافية أو في المنزل أو في أي مكان آخر. \_\_\_\_\_ دولار

لاستعمال الكاونتي فقط :

# طلب الحصول على كوبونات الطعام

## معلومات هامة

تمنع وزارة الزراعة الأمريكية (USDA) التمييز في كافة برامجها ونشاطاتها على أساس العرق أو اللون أو الجنس، أو الدين أو الموطن الأصلي أو المعتقدات السياسية. يمكنك التقدم بشكوى إذا اعتقدت بأنه تم التمييز ضدك. إذا لم تتوافق على قرار الكاونتي تتوفر لك إجراءات الاستئناف.

يمكن مشاركة المعلومات الواردة في هذه الصفحة مع الوكالات الفدرالية والتابع للولاية والوكالات المحلية فقط لغرض تحديد الأهلية لبرنامج كوبونات الطعام، قد تشمل هذه الإجراءات إثباتات وضع هجرة الأشخاص الطالبين ل��وبونات الطعام فقط مع خدمات الجنسية والهجرة الأمريكية (USCIS) (المعروف سابقاً بالاختصار INS). ينص القانون الفدرالي أن وكالة USCIS لا يمكنها استعمال هذه المعلومات لأي غرض آخر سوى قضايا الغش.

## التوقيع

أشهد تحت عقوبة الشهادة الزور بموجب قوانين الولايات المتحدة الأمريكية وولاية كاليفورنيا بأن المعلومات التي قمت بتزويدها في هذا الطلب هي صحيحة وكاملة.

التاريخ	توقيع (عضو الأسرة البالغ أو الممثل المفوض)
التاريخ	توقيع الشاهد أو المترجم
التاريخ	توقيع موظف تحديد الأهلية